

2 Die Dimension Geschlecht in den Gesundheitswissenschaften – methodische und theoretische Grundlagen

„The factors that determine health and ill health are not the same for women and men. Gender interacts with biological differences and social factors. Women and men play different roles in different social contexts. [...] This affects the degree to which women and men have access to, and control over, the resources and decision-making needed to protect their health.“ (WHO, 2002, S. 3)

Die WHO verweist in ihrem Madrid Statement auf die zentrale Bedeutung von Geschlecht als einen wichtigen gesundheitlichen Einflussfaktor. Gesundheit und Krankheit – so die Kernaussage – sind nicht unabhängig von dem sozialen Kontext zu verstehen, in dem sie entstehen. Es seien stets die jeweiligen individuellen und strukturellen Voraussetzungen einzubeziehen, die den Gesundheitszustand von Frauen und Männern positiv oder negativ beeinflussen. Auf Basis der daraus resultierenden konzeptionellen Überlegungen wurde insbesondere eine Berücksichtigung der Geschlechterzugehörigkeit auf den Ebenen der Bedürfnisse (needs), der Gesundheitshindernisse (obstacles) sowie der Chancen (opportunities) eingefordert (WHO, 2002). Über ein Jahrzehnt nach der Veröffentlichung des Statements sind – insbesondere durch die Neubesetzung der WHO Euro Direktion mit Dr. Zsuzsanna Jakab, die der Dimension Geschlecht eine zentrale Bedeutung zumisst – deutliche Fortschritte auf dem Gebiet der gesundheitsbezogenen Geschlechtergerechtigkeit zu verzeichnen.¹³

Keineswegs ist damit jedoch die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht per se als ein Qualitätsmerkmal gesundheitswissenschaftlicher Theorie und Praxis abgesichert. Vielmehr stellt Bolte (2008) fest, dass Verzerrungen, die auf einer fehlenden oder nicht angemessenen Berücksichtigung der Geschlechterperspektive beruhen, weiterhin in zahlreichen epidemiologischen Studien zu

13 Beispielhaft sei auf das internationale „Gender, Women and Health Network“ (WHO, 2014) verwiesen, das sich den globalen Herausforderungen des Themenfeldes Geschlecht und Gesundheit widmet.

finden sind.¹⁴ Mittlerweile liegen jedoch einige Beiträge und Projekte vor, die sowohl methodische als auch konzeptionelle und theoretische Grundlagen zur Berücksichtigung von Geschlecht im methodischen Design einbeziehen. Zu erwähnen ist beispielsweise das Projekt „Epi goes Gender“, das sich in Form von wissenschaftlichen Studien und praktischen Workshops den Inhalten, Konzepten und Methoden geschlechtersensibler Forschung in der Epidemiologie widmet (Gansefort & Jahn, 2013). Impulsgebend sind darüber hinaus die Ausführungen von Doyal (2004) zur systematischen Durchführung einer gesundheitswissenschaftlichen Analyse von Frauen- und Männergesundheit. Ihr zufolge sind fünf zentrale Aspekte zu beachten, denen in der systematischen Analyse von gesundheitsbezogenen Geschlechtsunterschieden insgesamt mehr Aufmerksamkeit gezollt werden sollte (vgl. Abb. 2):

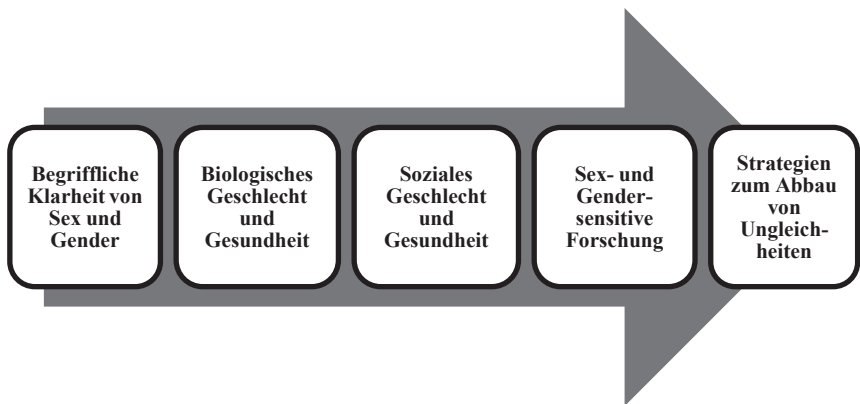


Abbildung 2: Zentrale Aspekte der gesundheitswissenschaftlichen Analyse von Frauen- und Männergesundheit. (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Doyal, 2004)

Herausforderungen bestehen *erstens* darin, begriffliche Klarheit im Gebrauch der Bezeichnungen Sex und Gender zu schaffen. Im Vordergrund steht die Frage nach der Wirkung und den Zusammenhängen von Geschlecht und Gesundheit, die neben der biologischen Bedeutung ebenso die gesellschaftliche und kulturelle

14 Eine ausführliche Beschreibung möglicher Verzerrgrößen in der fehlenden bzw. fehlerhaften Interpretation von Geschlecht im Rahmen gesundheitswissenschaftlicher Forschung erfolgt in Kapitel 2.1.2.

Herstellung von Geschlechtsrollen einschließt. Auf dieser Grundlage sind *zweitens* und *drittens* die Zusammenhänge zwischen biologischem Geschlecht und Gesundheit einerseits und sozialem Geschlecht und Gesundheit andererseits zu klären (ebd.). Die Notwendigkeit einer darauf aufbauenden Sex- und Gender-sensitiven Forschung bildet schließlich das *vierte* Kriterium zielgruppenspezifischer Gesundheitsforschung. Letztere Perspektive misst – im Hinblick auf die in der Einleitung genannten Merkmale von Public Health – der Entwicklung strategischer Überlegungen für ein breites Programm zum Abbau von Ungleichheiten eine hohe Relevanz bei und erfüllt damit als *fünftes* Kriterium die Anwendungsorientierung.

Mit Blick auf die Forschungsfrage nach den Entstehungs- und Bewältigungsmustern von arbeitsbedingtem Stress bei Frauen und Männern eignen sich diese zentralen Aspekte als forschungs- und anwendungsorientierte Agenda. Auf dieser Basis sollen nachfolgend vorerst zentrale Begriffe geklärt und die daraus resultierenden methodischen Handlungsoptionen für die eigene Forschungsfrage abgeleitet werden (Kapitel 2.1). Im Anschluss erfolgt eine Aufarbeitung zentraler Theorien aus der Geschlechterforschung (Kapitel 2.2), ehe die Bezüge zwischen theoretischen Implikationen und den Gesundheitswissenschaften hergestellt werden (Kapitel 2.3). Zum Ende des Kapitels wird in einem Zwischenfazit die Bedeutung der methodischen und theoretischen Grundlagen für die Forschungsfrage geklärt (Kapitel 2.4).

2.1 Geschlechtsreflektierte Forschung – Herausforderungen und Handlungsoptionen

Eine Auseinandersetzung mit geschlechtsvergleichender Forschung zeigt, dass die wissenschaftlichen Beiträge durch eine begriffliche Vielfalt gekennzeichnet sind. So werden in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur unterschiedliche Begriffe in Bezug auf die Dimension Geschlecht verwendet. Neben der Bezeichnung *geschlechtergerecht* und *geschlechtssensibel* ist ebenso die Konnotation *geschlechtsspezifisch* oder *geschlechtsreflektiert* gebräuchlich. Die folgende Begriffsklärung soll dazu beitragen, die dahinter stehende Intention aufzuzeigen, um in der Bearbeitung der Forschungsfrage eine inhaltlich begründete Anwendung zu ermöglichen.

2.1.1 Geschlechtsspezifisch vs. geschlechtsreflektiert – eine begriffliche Annäherung

Jahn (2002) stellt in ihrem Beitrag zu methodischen Problemen einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung fest, dass sich hinter der Verwendung verschiedener Begriffe auch unterschiedliche Inhalte verbergen (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: Häufig verwendete Begriffe und ihre Inhalte in der methodisch/methodologischen Diskussion für eine geschlechtergerechte Forschung. (Quelle: Jahn, 2002, S. 143)

(Bevorzugte(r) Begriff/e)	Inhalt	Synonyme (in der Literatur)
Frauenspezifisch/ männerspezifisch	Bezeichnet ausschließlich bei Frauen bzw. Männern Vorkommendes (z. B. Reproduktionsorgane) oder ausschließlich auf Frauen bzw. Männer Gerichtetes (Frauenforschung, Männerforschung, frauenspezifische Suchtrehabilitation etc.)	Geschlechterspezifisch
Geschlechterspezifisch	Bezeichnet die Unterschiede nach Geschlecht in Bezug auf ein bestimmtes Thema (z. B. geschlechterspezifische Konsummuster, Ursachen und Ausdrucksformen bei Suchterkrankungen, geschlechterspezifische Arbeitsteilung).	Geschlechterbezogene Aspekte
Frauengerecht/ Männnergerecht/ geschlechtergerecht	Bezeichnet eine Forschung (Praxis, Politik), die den geschlechterspezifischen Aspekten eines Themas umfassend gerecht wird und diese angemessen bearbeitet, d. h. frei von jeder Form von Gender-Bias ist.	Geschlechtersensitiv, geschlechtersensibel, frauen-/männer-/geschlechterangemessen, nicht-sexistisch

Während die Bezeichnungen *geschlechtsspezifisch* sowie *frauen- und männer-spezifisch* ausschließlich auf die jeweiligen weiblichen und männlichen Unterschiede und Spezifika zielen, meint *geschlechtergerecht* eine umfassende und angemessene Berücksichtigung von Unterschieden und Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern. Mit der Nominalisierung *Geschlechtergerechtigkeit* werden eine Politik, Forschung und Praxis gefasst, die den „Bedürfnissen und Bedarfen von Männern und Frauen umfassend gerecht wird und zum Abbau von Ungleichheit zwischen den Geschlechtern bzw. zum Erreichen von Chancengleichheit/Gleichstellung beiträgt“ (Jahn, 2003, S. 11). Der politische Begriff der Geschlechtergerechtigkeit beansprucht darüber hinaus, vorhandene oder nicht vorhandene Diversitäten zwischen Frauen und Männern in Forschung und politischer Praxis – etwa durch die Strategie des Gender Mainstreaming als „key policy“ (Payne, 2012, S. 19) – systematisch zu berücksichtigen. Jahn (2003, S. 8) spricht daran anlehnend von einem „Genderbewusstsein“¹⁵ und verbindet damit die Fähigkeit, geschlechtsrelevante Aspekte zu identifizieren und mit dem Ziel einer Gleichstellung der Geschlechter in der eigenen Arbeit mitzubedenken.

In weiteren Recherchen fällt zudem der Begriff der *Geschlechtsreflektion* auf. Dieser stammt aus der sozialpädagogischen Kinder- und Jugendhilfe und wird als eine konzeptionelle Weiterentwicklung verstanden, die auf den „Unterstützungsbedarf im Prozess des doing gender beruht“ (Lutze & Wallner, 2010, S. 2).¹⁶ Geschlechtsreflektierte Kinder- und Jugendhilfe thematisiert im Miteinander von Mädchen und Jungen Geschlechterhierarchien und -stereotype mit dem Ziel, „sie abzubauen und statt dessen ein System des Miteinanders zu entwickeln, in dem individuelle Unterschiede ohne Benachteiligungserfahrungen für Mädchen und Jungen erlebbar sind“ (ebd.). Zwar kann das Konzept aufgrund seiner anwendungsbezogenen Intention nicht ohne Weiteres in den wissenschaftlichen Kontext übertragen werden. Gleichwohl bietet der Begriff Impulse für die Bearbeitung der Forschungsfrage. *Reflektion* drückt eine distanzierte Beurteilung der Lebens- und Arbeitswirklichkeiten für das Stresserleben von Frauen und Männern aus, ohne gleichzeitig Geschlechtsstereotype zu bedienen bzw. Unterschiede vorschnell zuzuschreiben. Zwar soll durch die empirische Arbeit eine Sensibilität für spezifische Belastungs- und Bewältigungsmuster bei Frauen und Männern erzeugt werden. Gleichzeitig ermöglicht eine reflektierte Analyse aber, den sozialen und ökonomischen Diversitäten innerhalb der Frauen- und Männergruppen Aufmerksamkeit zu zollen. Ob und in welcher Form die Dimension Geschlecht in der Umgangsweise mit arbeitsbedingtem Stress am Beispiel der

15 Zur näheren Definition von Gender siehe Kapitel 2.2.2.

16 Das Doing-Gender-Konzept wird im Rahmen der theoretischen Implikationen der Geschlechterforschung ausgeführt (Kapitel 2.2.4).

CC-Tätigkeit bedeutend ist, kann sich jedoch erst im Laufe des qualitativen Auswertungs- und Diskussionsprozesses ergeben.

Der Anspruch einer geschlechtsreflektierten Herangehensweise ist indes keineswegs ein neuer. Vielmehr nimmt er auf frühere methodische Diskussionen Bezug: Bereits in den 80er Jahren wurde unter dem Begriff der Reifizierung die Problematik erfasst, dass schon in die Untersuchung eines Phänomens Geschlechtsunterschiede projiziert werden, die es eigentlich zu erforschen gilt (Degele, 2008). Dies birgt das Risiko einer durch die Forschung resultierenden Konstruktion und Bestätigung von Geschlechtsunterschieden, sodass die hinter der *Geschlechtsreflektion* stehende Idee für die Beantwortung der Forschungsfrage nützlich erscheint. Unklar bleibt an dieser Stelle jedoch, wie dieser Begriff auf die konzeptionelle Ausrichtung zur Bearbeitung der Forschungsfrage übertragen werden kann. Hierzu ist das aus der Praxis stammende Konzept in einem weiteren Schritt auf die in der Wissenschaft angewandten Instrumente zu beziehen. Das Ziel, Verzerrgrößen möglichst auszuschließen, führt laut Babitsch (2009) zu zahlreichen methodischen Herausforderungen, da der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gesundheit nach sozialen Differenzierungsmerkmalen – wie etwa Alter, Ethnizität und sozioökonomischer Status – variieren kann. In der nachfolgenden empirischen Erhebung ist daher stets zu berücksichtigen, dass, wie Faltermaier (2004, S. 14) es treffend formuliert, „bei der Frage nach der Gesundheit von Männern [und Frauen] und ihrer Bedingungen die Unterschiedlichkeit und Heterogenität innerhalb dieser gesellschaftlichen Gruppe[n] immer mit berücksichtigt werden sollte“. Einen möglichen Analyserahmen bieten die bereits in der Sozialepidemiologie erarbeiteten Instrumente, die im folgenden Abschnitt dargestellt werden.

2.1.2 Methodische Instrumente geschlechtsreflektierender Gesundheitsforschung

Die bisher skizzierten, im Diskurs vorfindbaren Differenzierungen spiegeln sich nicht zwangsläufig in einer reflektierten Gesundheitsforschung oder praktischen Umsetzung von Interventionen wider. Diesbezüglich verweisen Ruiz und Verbrugge (1997) in der methodischen Auseinandersetzung auf die Problematik des Gender-Bias. Im Einzelnen unterscheiden sie drei Gefahren einer Verzerrung in den empirischen Ergebnissen, die auch im Rahmen der vorliegenden Forschungsfrage zentral sind.

1. Eine Gleichheit von Männern und Frauen wird angenommen, wo diese nicht vorhanden ist.

2. Es werden Unterschiede zwischen Frauen und Männern angenommen, wo offensichtlich keine bestehen.
3. Faktoren, die bei beiden Geschlechtern auftreten, werden je nachdem, ob sie einen Mann oder eine Frau betreffen, anders bewertet.
(Ruiz & Verbrugge, 1997, S. 106f.)

Zur methodischen Kontrolle dieser Aspekte schlägt Eichler (2001) das Konzept der Gender Based Analysis (GBA) vor, das heute in zahlreichen Publikationen als Instrumentarium für eine reflektierte Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Formen geschlechtsspezifischer und geschlechtsinsensibler Verzerrung dient (z. B. Hamberg, 2008; Polit & Beck, 2012). Dabei äußern sich Verzerreffekte im Studiendesign nicht nur in der fehlenden Berücksichtigung der Dimension Geschlecht, sondern in insgesamt drei zentralen Ober- und Unterformen, die in Tabelle 2 überblickhaft zusammengefasst sind und nachfolgend erläutert werden.

Die Form des *Androzentrismus* geht von der Annahme einer einseitig männlichen Perspektive aus. In der Durchführung der Erhebung oder in der gesundheitlichen Versorgung wird das männliche Geschlecht als Norm zugrunde gelegt. Frauen werden hingegen ausgeschlossen bzw. an diesem Maßstab gemessen. Daraus ergeben sich unzulässige Übergeneralisierungen, beispielsweise, wenn ein Medikament ausschließlich an Männern getestet wurde, ohne dabei mögliche Ergebnisse über die Wirkung oder die Dosierung bei Frauen zu berücksichtigen (Kühl, 2010). Darüber hinaus kann sich ein so genannter *paradoxe Gynozentrismus* im Forschungsdesign niederschlagen, wenn Männer als Untersuchungsgruppe von vermeintlichen Frauenthemen ausgeschlossen werden, wie z. B. bezüglich der gesundheitlichen Folgen von ungewollter Kinderlosigkeit oder in den Vereinbarkeitsdiskursen von Familie und Beruf. Letzteres Beispiel entspricht der Form des Androzentrismus, „wenn darunter nur die Dauer des Erwerbsarbeitstages verstanden wird und nicht das Zusammenwirken von Erwerbsarbeit und Hausarbeit“ (ebd., S. 1). Jahn (2002) führt weiter aus, dass eine Berücksichtigung von Arbeits- und Lebenswirklichkeiten sowohl eine adäquate Einschätzung der Arbeitsbelastung von Frauen ermöglicht als auch gleichzeitig die Möglichkeit bietet, zusätzliche Belastungen für Männer zu erfassen (z. B. Reparaturarbeiten im Haushalt).

Die als zweite Form des Gender-Bias bezeichnete *Geschlechtsinsensibilität* liegt hingegen vor, wenn das biologische und soziale Geschlecht als Analysekatoren von Unterschieden in Gesundheit und Krankheit ausgeklammert werden. Eichler (2001) nennt in diesem Zusammenhang die Unterform Familialismus, die die Familie als kleinste soziologische Analyseeinheit beschreibt.

Tabelle 2: Ober- und Unterformen des Gender-Bias. (Quelle: Eichler, 2001; Jahn, 2002; Ruiz-Cantero et al., 2007; Kühl, 2010)

Ober- und Unterformen	Bedeutung
Androzentrismus	Männerzentrierte Sichtweise in Forschung und Praxis
Übergeneralisierung	Unzulässige Verallgemeinerung auf Basis von gleichgeschlechtlicher Bezugspopulation
Männer als Norm	Übertragung von an Männern orientierte Normen auf weibliche Lebens- und Arbeitswirklichkeiten
Paradoxer Gynozentrismus	Ausschluss von Männern aus Studien, die als typisch weiblich gelten
Geschlechterinsensibilität	Ignoranz gegenüber dem biologischen oder sozialen Geschlecht
Familialismus	Familie als kleinste Analyseeinheit, ungeachtet relevanter Rollenbesonderheiten
Dekontextualisierung	Nicht-Beachtung unterschiedlicher Lebens- und Arbeitswirklichkeiten
Annahme der Gleichheit von Frauen und Männern	Unberechtigte Gleichheitsannahmen
Doppelter Bewertungsmaßstab (offenkundig und versteckt)	Identische Verhaltensweisen von Frauen und Männern werden unterschiedlich beurteilt
Geschlechterdichotomien	Behandlung der Geschlechter als zwei voneinander separierter Gruppen
Geschlechterstereotype	Zuschreibung vermeintlich naturgegebener Charaktereigenschaften

Hierbei besteht das Risiko darin, dass relevante Informationen, die einzelne Familienmitglieder in ihrer Individualität betreffen, ignoriert werden. Jahn (2002) führt hierzu das Beispiel der familialen Pflege- und Sorgearbeit an, die überwiegend eine Tätigkeit von Frauen darstellt, jedoch bei alleiniger Betrachtung der Familie nicht als solche zur Geltung kommt. Daraus resultiert auch eine weitere Unterform: die Annahme einer Gleichheit der Geschlechter (ebd.). Hierbei wird ausgeklammert, dass Frauen und Männer in unterschiedlicher Weise von Einschränkungen betroffen sind, die sich aus der nicht entlohnenden Arbeit ergeben. Eine Vielzahl von Analysen fokussiert jedoch oftmals nur Belastungen, die aus der Erwerbstätigkeit resultieren, sodass sich kein differenziertes Bild über die Bedeutung der Lebenswirklichkeiten von Frauen und Männern ergeben kann. Die damit einhergehende Dekontextualisierung führt zu einer Nicht-Beachtung der unterschiedlichen Lebens- und Arbeitswirklichkeiten (Kühl, 2010).

Die letzte Form des Gender-Bias bezeichnet Eichler (2001) als *Doppelten Bewertungsmaßstab*. Hierbei werden ähnliche oder gleiche Charaktereigenschaften von Frauen und Männern unterschiedlich bewertet. Eine Unterform der Verzerrung wird auch als Geschlechtsdichotomie bezeichnet, die für das Gegenteil von Geschlechtsinsensibilität steht. Sie liegt nach Jahn (2002) vor, wenn bestimmte Attribute oder Charaktereigenschaften als typisch weiblich oder männlich klassifiziert werden, obwohl sie – in unterschiedlicher Ausprägung – bei allen Menschen zu finden sind. Oftmals werden geschlechtsstereotype Zuschreibungen aus biologischen oder genetischen Faktoren abgeleitet, anstatt für die Interpretation gesellschaftliche oder kulturelle Erwartungen an die Geschlechtsrolle in Betracht zu ziehen (Williams, 2013).

Die vorangestellten Überlegungen werden in gesundheitswissenschaftlichen Diskursen um die Integration von Geschlecht als Analysekategorie berücksichtigt und zum Teil mit Empfehlungen zur Guten Epidemiologischen Praxis (GEP) verbunden (z. B. Phillips, 2005, 2008; Kickbusch, 2007). In den Leitlinien zur Sicherung GEP wird etwa darauf hingewiesen, dass „Studiendesign und Untersuchungsmethodik so anzulegen [sind], dass die geschlechtsspezifischen Aspekte des Themas bzw. der Fragestellung angemessen erfasst und entdeckt werden können“ (DGEpi, 2008, S. 11). Zudem liegen verschiedene internationale Beiträge vor, die durch eigene Studien oder deren Dokumentation die Möglichkeiten einer geschlechtsreflektierten Analyse von Gesundheit und Krankheit veranschaulichen (z. B. Payne, 2001; Krieger, 2003; Springer et al., 2012).¹⁷

17 Ergebnisse richtungsweisender Studien zum Zusammenhang von Geschlecht und Gesundheit werden in den Kapiteln 3.2 und 3.3 vorgestellt.

Darüber hinaus lassen sich der Literatur weitere methodische Analysekonzepte entnehmen. So haben Burke und Eichler (2006) auf Grundlage der GBA das BIAS FREE¹⁸ Framework entwickelt. Dieses zielt darauf ab, sowohl im (gesundheits-)wissenschaftlichen Kontext als auch in der politischen Praxis unterschiedliche Formen der Diskriminierung aufzudecken, von denen Menschen aufgrund vorhandener sozialer Hierarchien betroffen sind. Dabei bezieht sich die Analyse nicht nur auf Geschlecht als separierte Dimension, sondern – im Sinne der Intersektionalität (Schulz & Mullings, 2006) – auf die Wechselwirkung sozialer Faktoren, die sich aus der Ethnizität, dem Gesundheitsstatus, dem Alter oder der sexuellen Orientierung ergeben.

Obwohl die Dimension Geschlecht für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht unabhängig von den Rahmenbedingungen bewertet werden soll, die sich aus den jeweiligen Lebens- und Arbeitswirklichkeiten ergeben, ist eine Orientierung an dem Konzept des BIAS FREE Framework für die vorliegende Studie jedoch theoretisch wie empirisch nicht sinnvoll. In der Einleitung wurde bereits darauf hingewiesen, dass sich die Fragestellung nicht an einem Diversity-Ansatz orientiert, der neben der Dimension Geschlecht weitere individuelle Merkmale mit einbezieht. Aus diesem Grund erscheint der Rückgriff auf das methodische Instrument BIAS FREE Framework nicht angemessen. Demgegenüber können die erläuterten Formen des Gender-Bias systematisch in der Beurteilung des Forschungsstands sowie in den methodischen Arbeiten berücksichtigt werden.

Aus den Herausforderungen und Handlungsoptionen einer geschlechtsreflektierenden¹⁹ Forschung gehen insgesamt Hinweise für die weitere Bearbeitung der Forschungsfrage hervor. Die nachfolgenden Analysen der gesundheitlichen Situation von Frauen und Männern erfordern – wie Kolip (2008) kritisch anmerkt – nicht nur eine nach Geschlecht getrennte Dokumentation von Tabellen und Abbildungen, sondern eine Interpretation der jeweiligen Daten vor dem Hintergrund divergierender Lebens- und Arbeitswirklichkeiten. Die damit einhergehende Bedeutung der Dimension Geschlecht ist folglich in jeder Forschungsphase mitzudenken (Gansefort & Jahn, 2012), so auch in den folgenden Ausführungen zum theoretischen Rahmen und zum Stand der empirischen Forschung. Auf Basis dieser begrifflichen und konzeptionellen Annäherung sollen in einem weiteren Schritt die theoretischen Impulse der Gender-Forschung herausgearbeitet werden. Ziel dabei ist es, die Dimension Geschlecht theoretisch

18 Die Abkürzung BIAS FREE steht für „**B**uilding an **I**ntegrative **A**nalytical **F**ramework for **R**ecognizing and **E**liminating **I**n**E**quities“ (Burke & Eichler, 2006, S. VII).

19 Der Begriff *geschlechtsreflektierend* soll – gegenüber der Bezeichnung *geschlechtsreflektiert* – deutlich machen, dass die Beurteilung der Dimension Geschlecht im Rahmen der Entstehungs- und Bewältigungsmuster als Prozess zu verstehen ist.

Arbeitsbedingter Stress in Callcentern

Eine empirische Analyse aus Gender-Perspektive

Staiger, T.

2016, XVIII, 315 S. 17 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-10699-7